

## **Sistematización de la Experiencia Demostrativa**

---

[Proyecto MSH/ULAT Honduras Componente de Planificación Familiar]

[Septiembre 2014]

Palabras clave:

[Implementación; Estrategia; Comunidad; Planificación; Familiar; Rural; Políticas; Públicas; Sistematizar.]

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of [The United States Agency for International Development (USAID) under the USAID/Honduras] Number [AID-522-C-11-000001]. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

---

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud  
Management Sciences for Health  
Tegucigalpa M.D.C.  
Honduras C.A.  
Telephone: (504) 2235-5919  
[www.msh.org](http://www.msh.org)



**Construyendo un Modelo de Implementación Conjunta de Estrategias Comunitarias (ICEC), para reducir la mortalidad Materna y de la niñez en Honduras.**

## Sistematización de la Experiencia Demostrativa, Marcala, La Paz.

*Este Modelo surge en el marco de La Política Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI), impulsada por la Secretaría de Salud de Honduras, iniciándose como una Experiencia Demostrativa en la Red de Servicios de Marcala en el departamento de La Paz y apoyada por el proyecto ULAT/MSH financiado por la Agencia de Desarrollo de los Estados Unidos (USAID)*

*La elaboración de este Plan de Sistematización ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido del mismo es responsabilidad de la Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.*

## **EQUIPO TECNICO RESPONSABLE.**

Licda. Behula Carolina Aguilar (Enfermera, Programa de Atención Integral a la Mujer PAIM)

Dr. Enrique Ernesto López Fiallos (Coordinador de la RISS Márcala, La Paz.)

Lic. Edna Luz Urquia (Supervisora RISS Márcala, La Paz)

Lic. Sandra Guerrero (Supervisora Red Chinacla, La Paz)

Lic. Suyapa López (Supervisora Cesamo Márcala, La Paz)

## **ASESORIA TECNICA.**

Dr. José Cipriano Ochoa (Coordinador Componente Materno Infantil y PF Proyecto ULAT/MSH-USAID)

Licdo. Leónidas L. Alemán (Especialista técnico Componente Materno Infantil y PF Proyecto ULAT/MSH-USAID)

Licda. Maribel Lozano Vivas (Coordinadora Componente de Género Proyecto ULAT/MSH-USAID)



## **CONTENIDO:**

<b>I. INTRODUCCION.....</b>	<b>5</b>
<b>II. JUSTIFICACION. ....</b>	<b>6</b>
<b>III. OBJETIVOS DE LA SISTEMATIZACION. ....</b>	<b>7</b>
<b>IV. FINALIDAD DE LA SISTEMATIZACION. ....</b>	<b>7</b>
<b>V. EJE DE SISTEMATIZACION. ....</b>	<b>8</b>
<b>VI. PROCESO METODOLOGICO PARA EL DESARROLLO DE LA SISTEMATIZACION. ....</b>	<b>8</b>
<b>VII. PERPECTIVA HISTORICA DEL PROCESO. ....</b>	<b>10</b>
<b>VIII. RESULTADOS E IMPACTOS DEL PROCESO ....</b>	<b>17</b>
<b>IX. FACTORES INFLUYENTES EN EL PROCESO. ....</b>	<b>17</b>
<b>X. LECCIONES APRENDIDAS DESAFIOS Y RECOMENDACIONES. ....</b>	<b>18</b>
<b>XI. PRODUCTOS, EFECTOS Y DESTINATARIOS. ....</b>	<b>19</b>
<b>XII. ANEXOS ....</b>	<b>24</b>

## I. INTRODUCCION.

El Modelo Nacional de Salud de Honduras, plantea que “para contribuir a garantizar la atención de la salud con efectividad y calidad a la población, es necesario profundizar la democracia que no se limita al desarrollo y respeto de los derechos individuales, sino que también plantea el desarrollo de la solidaridad social entre los diferentes grupos Humanos que conforman la sociedad en las decisiones y en el control social de la gestión pública. Pero no basta la mera modernización y democratización del Estado, sino que - además - es necesario modernizar a la sociedad y desarrollar la capacidad de la ciudadanía activa”

“El diseño e implementación de un nuevo Modelo Nacional de Salud que asegure la atención integral y continua de la salud, basado en la atención primaria de la salud que fortalezca la promoción y la protección de la salud; la prevención de riesgos, daños y enfermedades; la identificación y eliminación de barreras de cualquier índole que limiten el acceso a la salud; orientado más a la demanda y necesidades de la población que a la oferta; que fortalezca actitudes de corresponsabilidad en el individuo, la familia y la comunidad, que incluya la perspectiva de género, la interculturalidad y la diversidad, que refuerce la responsabilidad institucional de dar respuesta a las necesidades de la población y que incluya la creación y el mantenimiento de entornos saludables y el reforzamiento de la acción comunitaria”

Las Estrategias “Trabajo con Individuos Familias y Comunidad” (TIFC), “Hogares Maternos” (HM) y la “Estrategia Nacional para Asegurar el Acceso a Servicios de Planificación Familiar en el Área Rural de Honduras” (PF Rural), forman parte de las intervenciones de la Política Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y la Niñez (RAMNI), las primeras dos se han venido implementando en algunos departamentos del país, en forma individual, especialmente en comunidades postergadas de las regiones incluidas en el “Plan Sub Sectorial de Salud” y la tercera es de reciente aprobación.

Considerando la importancia de estas intervenciones por decisión de las autoridades de la Secretaria de Salud (SESAL), a través del Departamento de Salud Integral a la Familia (DSIF) y con apoyo del proyecto ULAT/MSH, financiado por USAID, se desarrolló en la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) del municipio de Marcala, departamento de La Paz, una Experiencia Demostrativa, con la Implementación Conjunta de las Estrategias Comunitarias (ICEC) que incluye las tres estrategias mencionadas, con el objetivo de medir su contribución en forma sinérgica y complementaria en el impacto de la reducción de la mortalidad materna y de la niñez a nivel comunitario.

Transcurrido ya más de un año y medio de iniciado este proceso (diciembre 2012 a septiembre 2014), la Secretaría de Salud ha tomado la decisión de documentar esta experiencia innovadora; rescatando el proceso vivido, logros y sobre todo las lecciones aprendidas a fin generar reflexión y conocimiento como base para el desarrollo de procesos similares en otras Redes Integrales de Salud (RISS) en las diferentes Regiones Sanitarias, que se requiera implementar el proceso.

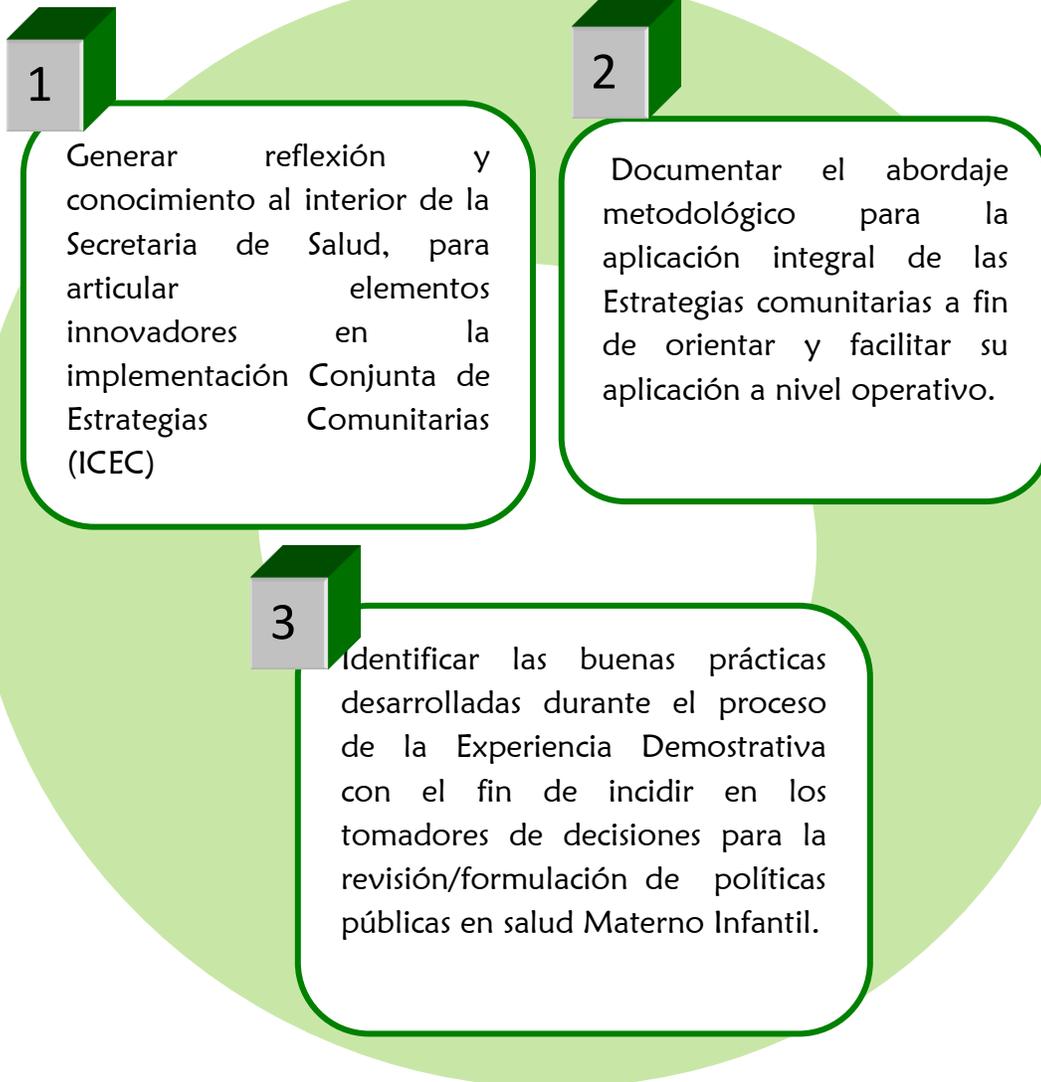
Complementariamente a este documento de sistematización se han elaborado dos adicionales.

1. **Guía Metodológica para la aplicación de la ICEC.** Que tiene el objetivo de brindar lineamientos generales para el desarrollo del proceso de Implementación Conjunta de las Estrategias Comunitarias (ICEC), en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), organizadas en Honduras, este documento ya está en uso de manera exitosa.
2. **Documental audio Visual (foto-documental).** Cuyo objetivo es divulgar el proceso y los resultados de la Experiencia Demostrativa de en una modalidad multimedia.

## II. JUSTIFICACION.

La presente sistematización se justifica por la necesidad de reconstruir el proceso vivido como un aprendizaje, que sirva al momento de desarrollar un proceso similar en otras Redes de Servicios de Salud Integral (RISS) de la diferentes regiones Sanitarias del país así como también retroalimentar políticas públicas de salud, tomando en cuenta los resultados y las perspectivas de los diversos actores involucrados en el proceso.

### III. OBJETIVOS DE LA SISTEMATIZACION.



### IV. FINALIDAD DE LA SISTEMATIZACION.

La finalidad de esta sistematización, es apoyar a la Secretaria de Salud como ENTE RECTOR, para que cuente con un instrumento que permita retroalimentar el proceso de Implementación Conjunta de las Estrategias Comunitarias como resultado de esta sistematización y con el fin último de contribuir a disminuir la mortalidad materna e infantil a través de una metodología basada en la “Experiencia Demostrativa” de Marcala, La Paz.

## V. EJE DE SISTEMATIZACION.

La participación de la población (hombres y mujeres) a nivel Individual, Familiar y Comunitario y del personal institucional, en el proceso de ICEC, para contribuir a la reducción de la mortalidad Materna y de la Niñez.

## VI. PROCESO METODOLOGICO PARA EL DESARROLLO DE LA SISTEMATIZACION.

La presente sistematización se desarrolló mediante un proceso participativo siguiendo las siguientes fases:

<i>FASES</i>	<i>ELEMENTOS</i>
<b>Organización del equipo técnico responsable</b>	El punto de partida fue la organización del equipo responsable de la sistematización integrado por personal gerencial y técnico de la Secretaria de Salud, a nivel de la Red de Marcala, Región Sanitaria de La Paz y Nivel central, este último a través del Departamento de Salud Integral a la Familia (DSIF). Este personal vivió el proceso y contaba con vivencias del mismo, que facilitaron su reconstrucción.
<b>Definición del eje de sistematización.</b>	Para definir “el eje de la sistematización” el equipo técnico responsable se respondió algunas preguntas relacionadas con el interés sobre los aspectos más destacados de la Experiencia Demostrativa, de tal forma que el eje de sistematización es el foco que define los aspectos específicos de la experiencia demostrativa en los cuales se concentra la sistematización.

FASES	ELEMENTOS
<b>Recuperación o reconstrucción del proceso vivido.</b>	La reconstrucción histórica de la Experiencia Demostrativa permitió al equipo tener una visión global del proceso mediante la identificación de los principales acontecimientos que sucedieron, para ello se desarrollaron talleres con los diferentes actores involucrados y se reconstruyó de forma ordenada lo que sucedió, tal como aconteció, se clasificó la información disponible, identificando las etapas del proceso, basándose en los diferentes registros entre ellos informes técnicos.
<b>La reflexión de fondo: ¿por qué pasó lo que pasó?</b>	La interpretación crítica del proceso vivido fue un momento clave dentro del proceso de sistematización. Se trató de pasar del plano descriptivo al plano comprensivo, para encontrar la razón de ser de lo que sucedió en el proceso. En este punto se identificaron los principales logros e hitos que provocaron cambios en cuanto a la participación de las comunidades para el auto cuidado de su salud, aumento del parto institucional y mejores coberturas de PF , dentro del área geográfica de la experiencia demostrativa.
<b>Lecciones aprendidas, desafíos y recomendaciones.</b>	<p>Para la elaboración de las conclusiones el equipo sistematizador se basó en las principales respuestas a las preguntas formuladas en la guía de interpretación crítica, tomando como referencia principal el eje de sistematización y orientadas a responder los objetivos planteados al inicio.</p> <p><i>Las conclusiones son de tipo práctico, consideradas como enseñanzas, sobre aspectos positivos y negativos de la experiencia Demostrativa, encaminadas a fortalecer las prácticas de trabajo al momento que se quiera replicar esta experiencia en Redes de las diferentes Regiones Sanitarias del país</i></p>

## VII. PERSPECTIVA HISTORICA DEL PROCESO.

El punto de partida que dio origen a esta Experiencia Demostrativa, fue la decisión política que en diciembre del año 2012 tomo la Secretaria de Salud a través del Departamento de Salud Integral a la Familia (DSIF), para desarrollar este proceso, con el objetivo final de contribuir a la reducción de la mortalidad materna y de la niñez en Honduras, que de acuerdo a los datos del estudio “Honduras: Actualización de la Razón de Mortalidad Materna, año 2010”, la razón oficial de mortalidad materna era de 74 por cien mil nacidos vivos, si bien mostraba una tendencia descendente, el país estaba lejos de alcanzar la meta del milenio a 46 por cien mil nacidos vivos en el 2015.

De igual forma la ENDESA 2010-2011 mostraba que la mortalidad infantil también había disminuido de 34 a 23 por mil nacidos entre 2001 y 2005, manteniéndose en el mismo valor para el 2010, siendo el componente neonatal el más importante problema ya que contribuía con el 60% de este valor.

**Diciembre del 2012;** como parte de la asistencia técnica que el proyecto ULAT/USAID, brinda a la Secretaria de Salud, se apoyó en la elaboración de la propuesta técnica metodológica para desarrollar la Experiencia Demostrativa, implementando en forma simultánea y complementaria las estrategias de Individuo Familia y Comunidad (IFC), Hogares Maternos y PF rural, con la finalidad de medir su contribución en forma sinérgica y complementaria en el impacto de la reducción de la mortalidad materna e infantil a nivel comunitario. Lo anterior con un alto contenido de enfoque de género con lo que se pretendía lograr la participación tanto de las mujeres como de los hombres.

La propuesta técnica metodológica de la Experiencia Demostrativa plantea como objetivos específicos los siguientes:

1. Fortalecer el tejido social en red, como mecanismo de participación individual, familiar y comunitaria como eje estratégico para el logro de la sostenibilidad de las diferentes acciones a implementar en el área seleccionada para esta experiencia.
2. Fortalecer las capacidades de lideresas y líderes comunitarios, para que participen en el cuidado de la salud materna infantil y de PF en las áreas rurales, incorporando elementos de género.
3. Fortalecer el proceso de Hogares Maternos como estrategia complementaría con TIFC a fin de contribuir en la reducción de la mortalidad materna e infantil.
4. Sistematizar la Experiencia con fines de expansión de la misma a nivel nacional

5. Fortalecer la gestión de recursos por parte de la SESAL mediante la preparación de una propuesta de proyecto para implementar el proceso en otras comunidades postergadas del país.

El eje estratégico para el logro de la sostenibilidad de las intervenciones a implementar en el marco de la Experiencia Demostrativa, fue desde el inicio el fortalecimiento del tejido social en red como mecanismo de participación a nivel individual, familiar y comunitario. El proceso metodológico se desarrolló en dos etapas:

- ✚ Etapa preparatoria.
- ✚ Etapa del desarrollo del proceso.

### **Febrero del 2013 Etapa. Preparatoria.**

#### **Selección del área de trabajo en base a los criterios definidos.**

El DSIF, hizo el proceso de selección del área geográfica donde se desarrollaría la Experiencia Demostrativa en base a los siguientes Criterios:

1. RISS con gestión centralizada.
2. Que a su interior cuente con una clínica materno infantil y hogar materno
3. Que geográficamente este ubicada en uno de los departamento con los siguientes indicadores:
  - ✚ Con mayores tasas de Mortalidad neonatal
  - ✚ Con mayores tasas de mortalidad infantil
  - ✚ Que presente problemas de desnutrición en menores de cinco años
  - ✚ Con razón de mortalidad materna de las más altas del país
  - ✚ Con tasas de fecundidad mayor de tres hijos por mujer
  - ✚ Con baja Prevalencia de uso de Métodos Anticonceptivo
  - ✚ Con alto porcentaje de parto comunitario

Después de analizar estos criterios se seleccionó la Red Integral de Servicios de Salud de Marcala, La Paz como área para implementar la Experiencia Demostrativa y la Red Integral de Servicios de Salud de Camasca, Intibucá como área de control, en la cual únicamente se pretendía medir los indicadores para comparar resultados de la Experiencia Demostrativa.

**Conformación de equipos de trabajo.** El departamento de Atención Integral a la familia (DAIF) integro un equipo de trabajo responsable de conducir el proceso (equipo conductor), así mismo a nivel de la red de Márcala se conformó otro equipo conductor del proceso el que se fortaleció con dos recursos técnicos de la Región Sanitaria de La Paz.



### **Febrero 2013- mayo 2014 Etapa 2: Desarrollo de la experiencia demostrativa.**

**Preparar línea base.** El equipo conductor del nivel central definió los indicadores para medir los resultados de la intervención haciendo la primera medición de los mismos en las Unidades de Salud que conforman la RISS de Marcala.

Los indicadores que se midieron fueron los siguientes.

1. Cobertura de atención institucional del parto en el área de intervención de la experiencia demostrativa.
2. Porcentaje de mujeres embarazadas con plan de parto
3. Vigilancia Nutricional de las niñas y niños menores de dos años.
4. Cobertura usuarias y usuarios de métodos de PF.
5. Uso del Hogar Materno.

Los resultados de esta línea base fue cero ya que si bien es cierto ya existían comunidades organizadas y desarrollando actividades de prevención en salud, no existía un sistema de información donde se consolidara la información sobre el trabajo comunitario.

### **Capacitación de los equipos Conductores sobre el proceso de ICEC.**



El proceso de capacitación del equipo conductor a nivel central departamental y RISS de Marcala, fue desarrollado por el componente Materno Infantil y PF del proyecto ULAT/USAID, través de un taller de cuatro días mediante la modalidad “aprender haciendo”, desarrollándose exposiciones

dialogadas, trabajos de grupo, prácticas de diagnóstico y organización en una comunidad. En este mismo taller la RISS priorizo las Unidades de Salud a intervenir con el proceso, para lo que tomó en consideración los criterios de selección definidos en la Estrategia Trabajo con Individuos Familias y Comunidades (TIFC), siendo seleccionados cinco Unidades de Salud ubicadas en tres municipios de la RISS, por otra parte en este mismo taller se elaboró el plan de trabajo para implementar las tres estrategias en forma sinérgica y complementaria, definiendo actividades, tareas, responsables, tiempo y productos.

### **Capacitación del personal Institucional de las Unidades de Salud priorizadas.**

Siempre mediante la modalidad “Aprender haciendo”; la capacitación sobre ICEC, dirigida al personal Institucional de la cinco Unidades de Salud priorizadas fue facilitada por el equipo conductor a nivel de departamental y RISS, con apoyo del nivel central de la SESAL y el proyecto ULAT/USAID. En este taller cada Unidad de Salud seleccionó las comunidades a intervenir priorizándose un total de 19 que reunían la mayoría de criterios de



selección establecidos en la Estrategia TIFC, así mismo cada Unidad de Salud elaboró un plan de trabajo para desarrollar las diferentes actividades en el marco de ICEC.

### **Fortalecimiento del proceso de ICEC con elementos de Género.**

En el marco de este proceso y con acompañamiento técnico del proyecto ULAT/USAID, a través de la especialista en género, se desarrolló y se validó de forma participativa una metodología para desarrollar el tema de participación de los hombres durante el embarazo, parto y puerperio; permitiendo lograr con ello



una mayor conciencia y participación de sus parejas y familiares más cercanos. Este tema con su metodología fue incorporada al documento de la estrategia “Trabajo con Individuo, Familia y Comunidad” (TIFC), sirviendo además como modelo para desarrollar el tema de “Nutrición” en las asambleas comunitarias.

## **Proceso para garantizar el acceso a servicios de planificación familiar a nivel rural.**



En el proceso organizativo de 19 comunidades priorizadas, y tomando en cuenta los criterios de selección establecidos en la Estrategia de PF Rural, cada una de ellas propuso líderes y lideresas como candidatos a monitores/es comunitarios de PF Rural, Estas candidatas/os fueron preseleccionados por cada Unidad de Salud quienes más tarde fueron capacitados, a fin de fortalecer sus conocimientos y habilidades para la oferta y

entrega de métodos tanto a hombres como a mujeres que los requieren en sus respectivas comunidades.

De las candidatas/os propuestos por las comunidades, las unidades de Salud preseleccionaron alrededor de noventa, quienes fueron capacitados en un taller de cuatro días desarrollando la agenda establecida en el manual del personal facilitador de Planificación Familiar Rural, lográndose graduar cincuenta y cinco a quienes se les acreditó con un diploma y se les entregaron los métodos y la papelería necesaria para que iniciaran las actividades en sus respectivas comunidades.

La capacitación fue desarrollada en cuatro grupos donde además de las candidatas a monitores/monitores comunitarios de PF Rural, se capacitó el personal institucional de la RISS, las Unidades de Salud que participaron el proceso y el nivel departamental, lográndose preparar un equipo de facilitadores sobre esta estrategia, la metodología fue también “Aprender haciendo” mediante exposiciones dialogadas y prácticas supervisadas.

En los contenidos de los talleres se abordaron temas relacionados a las diferentes barreras, creencias y actitudes sobre la planificación familiar y mediante trabajos de grupo se abordaron los temas sobre derechos sexuales y reproductivos.

### **Fortalecimiento del proceso del Hogar Materno.**

El Hogar Materno ubicado cerca de la Clínica Materno Infantil de Marcala fue aperturado en agosto del año 2006, sin embargo la gestión siempre había estado a cargo de la misma Clínica, por lo que tomando en cuenta los lineamientos de esta estrategia que establece que la gestión debe hacerla la comunidad organizada, se organizó el comité de apoyo a este

hogar materno, con participación de la sociedad civil de los nueve municipios que conforman el área geográfica de la Clínica,

El comité de apoyo a este Hogar Materno, se reúne una vez al mes para monitorear los avances en la ejecución del plan de trabajo anual y el cumplimiento del reglamento de uso del Hogar Materno, esta dinámica ha contribuido a una mejor gestión, incrementando de su uso por parte de las embarazadas y puérperas de comunidades postergadas logrando con ello aumentar el parto institucional.



La estructura organizativa conformada por líderes de los diferentes municipios, ha facilitado la gestión de recursos a nivel de gobiernos locales quienes a través de la mancomunidad de los municipios de la Sierra aportan financiamiento en forma mensual para el pago de la persona encargada del Hogar Materno y para pequeñas reparaciones del edificio físico, este presupuesto es complementado con aportaciones voluntarias de las usuarias del Hogar Materno y otras actividades desarrolladas por el comité para obtener recursos económicos, tales como maratones, rifas y solicitudes personalizadas a dueños de negocios de la zona.

Una de las limitaciones en la infraestructura física es que uno existe un ambiente donde se puedan alojar las parejas de las embarazadas y puérperas, igual situación es en la Clínica Materno Infantil al momento del parto, lo que contrasta con el enfoque de género que incentiva la participación de los hombres durante el embarazo parto y puerperio.

Un líder comunitario expreso lo siguiente:

“A nosotros los hombres, no nos dejan estar ahí, (refiriéndose a la Clínica y el hogar materno), nos sacan, muchas veces nos tratan mal, no nos dicen lo que está pasando con nuestras esposas, ni con nuestro bebé y no nos permiten estar con ellas...no nos consideran...”

Personal de salud expresa al respecto: “la verdad es que antes no habíamos considerado la participación de los hombres ni en el embarazo, peor en el parto o puerperio, más bien los sacamos, porque no hay privacidad para las otras señoras que se quejan por su presencia...”

A partir de estas experiencias, expresadas por personal tanto institucional como comunitario, el comité de apoyo al Hogar Materno ha iniciado gestiones para incorporen un ambiente para el acompañamiento de los hombres.

### **El vínculo de las estrategias comunitarias con otras intervenciones de RAMNI.**

En la medida que se fue desarrollando el proceso con las comunidades, se fue generando por ellos una mayor demanda en cuanto a acceso y calidad en la entrega de los servicios, por lo que fue necesario analizar con los diferentes niveles de atención de la RISS, las autoridades de la Región Sanitaria de La Paz, y Hospital de referencia, las acciones necesarias para brindar servicios de calidad durante el periodo preconcepcional, atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, en base a las normas por nivel de complejidad.



En base a las discusiones que se generaron en este sentido, permitieron lograr acuerdos con base científica sobre qué debe hacer cada uno de los servicios de salud existentes en la RISS y su relacionamiento con los otros niveles fuera de la misma; dichos acuerdos se plasmaron en un documento, que se constituyó en el marco de acción de los servicios de salud, lo que requirió desarrollar acciones en el marco de otras estrategias de RAMNI, ejemplo fortalecer los conocimientos sobre CONE ambulatorio, básico y completo y fortalecer los conocimientos de género en el personal que brinda servicios y toma decisiones en salud.

La necesidad de identificar el sitio al que los monitores y monitoras deberían referir a las y los usuarios que captarán para la aplicación de métodos permanentes obligó a identificar la necesidad de formar “Equipos Regionales Itinerantes para práctica de AQV masculina y femenina con Anestesia Local” para lo cual se apoyó a la SESAL a re estructurar el proceso de capacitación en el Centro del Centro de Salud Dr. Alonzo Suazo, habiendo finalizado ya la elaboración de reglamentos, manuales y agendas para la capacitación, misma que se iniciará probablemente en el mes de noviembre,

### **Proceso de monitoreo de ICEC.**

Para desarrollar el proceso de monitoreo de las diferentes acciones que se desarrollan en el nivel comunitario en el marco de la ICEC, se diseñó un Sistema Automatizado de Actividades Comunitarias para ser instalado a nivel de RISS y Región Sanitaria de La Paz, el cual fue

validado; sin embargo hasta el momento de esta sistematización, no se ha instalado debido a que se le están incorporando los cambios como producto de la validación.

Este sistema es alimentado con una serie de instrumentos que los voluntarios deben entregar en las reuniones mensuales que se desarrollan en los establecimientos de salud, en dónde son consolidados y enviados a la sede de la red.

## VIII. RESULTADOS E IMPACTOS DEL PROCESO

Los resultados que se pueden evidenciar **en el corto tiempo en que se ha desarrollado** esta experiencia, son los siguientes:

- Aumento de las coberturas del parto institucional y planificación familiar,
- Una mejor organización y participación a nivel individual, familiar y comunitario para el autocuidado de la salud de la familia.
- Un resultado y que se convierte en un hito histórico en el proceso de salud del país, en el marco de esta Experiencia Demostrativa es la incorporación de elementos de género en dos direcciones; la primera la constituye una mayor participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva. La segunda la constituye un cambio en la cultura del personal de salud en cuanto a la prestación de servicios tomando en cuenta y aplicando elementos de género, lo que está permitiendo un mayor involucramiento de los hombres.
- Otro resultado importante es que la Secretaria de Salud, considerando los resultados positivos de esta Experiencia Demostrativa, está expandiendo este proceso a otras Redes Integrales de Salud en el país, para lo cual está tomado en cuenta los resultados y la guía metodológica que fueron producto de esta sistematización.

## IX. FACTORES INFLUYENTES EN EL PROCESO.

**Factores positivos:** Entre los factores que han influido positivamente en el desarrollo de esta experiencia demostrativa se destacan los siguientes:

1. La decisión del DSIF para desarrollar y acompañar técnicamente este proceso.
2. La asistencia técnica y financiera por parte del proyecto ULAT/USAID.
3. El liderazgo técnico de las autoridades de la Red de Marcala y en gran medida de la Región departamental de La Paz.
4. La participación activa de los gobiernos locales y el involucramiento de las demás instituciones del sector salud con presencia en área geográfica donde se desarrolla esta experiencia demostrativa.

5. La cultura de organización y participación de las comunidades involucradas en el proceso.
6. Las demandas de las mujeres y hombres que trabajan en voluntariado de salud en la zona, para mejorar la salud materna e infantil en los municipios de la Red que participaron en el proceso.
7. La actitud positiva del personal institucional, al inicio hubo cierta resistencia, pero después al comprender con claridad el abordaje metodológico, validaron la propuesta y la hicieron andar, con excelentes resultados.

**Factores negativos:** Entre los factores negativos se destacan los siguientes:

1. Las limitaciones a nivel de RISS y Unidades de salud, no han permitido un seguimiento oportuno al proceso.
2. Los niveles de pobreza y el bajo nivel educativo de las comunidades especialmente de los municipios de la sierra, limitan la participación comunitaria.
3. Las instalaciones físicas de los Hogares Maternos, Clínicas Materno Infantil y Emergencia limitan la participación de los hombres durante el embarazo, parto y puerperio.
4. La actitud y la práctica del personal de salud, en muchas ocasiones, no promueve ni viabiliza la participación del hombre en éstos espacios.

## **X. LECCIONES APRENDIDAS DESAFIOS Y RECOMENDACIONES.**

### **Lecciones aprendidas:**

1. Los individuos, familias y comunidades están dispuestos a participar en actividades de promoción y prevención con énfasis en la salud materna infantil, siempre y cuando los proveedores de salud desarrollen un proceso “hombro a hombro” junto a ellos y expliquen los diferentes signos de peligro, sus derechos, sus deberes y la importancia de su participación en el autocuidado de la salud, así como la entrega de incentivos, generalmente personales, no financieros para estimular la participación.
2. En una RISS con gestión centralizada como la de Marcala, el seguimiento de un proceso como este es bastante difícil, por sus limitaciones en cuanto a Recursos Humanos y logísticos

### **Desafíos:**

1. Tomando en cuenta los resultados de esta experiencia demostrativa la Secretaria de Salud tiene el desafío de institucionalizar este proceso a su interior y de las demás instituciones que conforman el sector salud del país.

2. Otro de los desafíos de la Secretaría de Salud es readecuar los espacios físicos de las instalaciones más que todo a nivel de Clínicas Materno Infantil y Emergencias que permitan una efectiva participación de los hombres durante el embarazo, parto y puerperio.

#### **Recomendaciones:**

1. Se recomienda que al iniciar un proceso similar en otra Red Integral de Servicios de Salud (RISS) se revise los indicadores para la línea base ya que de antemano se sabe que las unidades de salud no cuentan con un sistema que permita registrar las actividades que desarrolla el personal comunitario, por lo que además se recomienda únicamente hacer un diagnóstico rápido sobre la situación de las estrategias comunitarias y obtener datos relacionados a la mortalidad materna y coberturas de PF en la red a intervenir.
2. Se recomienda que el tema de aspectos generales del enfoque de género se desarrolle inmediatamente después del primer taller, con el fin de que el personal lo incorpore, clarifique dudas y cuente con los elementos para desarrollar y abordar el tema.
3. Se recomienda no seleccionar áreas de control ya que la comparación de los resultados debe hacerse en la misma red después de transcurrido un tiempo de haberse iniciado el proceso.
4. Es importante que la secretaria de salud como ente rector oficialice la Guía Metodológica, con el objetivo de brindar lineamientos generales para el desarrollo del proceso de Implementación Conjunta de las Estrategias Comunitarias (ICEC), en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), organizadas en Honduras.
5. A pesar que los contenidos de género ya están definidos en las estrategias que son parte de la ICEC Se recomienda preparar materiales de género, para ello se requiere elaborar un manual para personal institucional y otro para personal comunitario, que les permita unificar el entendimiento del tema y que cuenten con los abordajes que pueden realizar en éste proceso, como experiencia novedosa en el país.

## **XI. PRODUCTOS, EFECTOS Y DESTINATARIOS.**

Los productos de la presente sistematización son los siguientes:

1. Documento de Sistematización de la Experiencia Demostrativa.

2. Documental audio Visual (foto-documental)
3. Guía Metodológica.

Productos	Destinatarios	Efectos esperados
<p><b>Documento de Sistematización de la Experiencia Demostrativa.</b></p>	<p><b>Personal decisor de la Secretaría de Salud a nivel central (Departamento de Salud Integral a la Familia) (DSIF).</b></p>	<p>El personal técnico del DSIF ha validado y retroalimentado las estrategias de trabajo, el proceso metodológico y sus instrumentos para la implementación de las Estrategias comunitarias a nivel nacional, como resultado de esta sistematización.</p> <p>Los resultados de esta sistematización permiten a la Secretaría de Salud alinear la cooperación internacional para apoyar la implementación conjunta de estas estrategias comunitarias</p>
	<p><b>Personal Decisor regional y local de la secretaria de Salud (Regiones Sanitarias, Redes y Micro Redes de Servicios de servicios de Salud )</b></p>	<p>Se han reorientado los planes operativos de salud a nivel Regional y local para la implementación conjunta de las Estrategias Comunitarias con innovaciones derivadas de las recomendaciones planteadas en la sistematización</p> <p>Los Gestores centralizados y descentralizados de servicios de Salud aplican instrumentos validados en el proceso de la Experiencia Demostrativa.</p> <p>Las autoridades de salud a nivel Regional y Local socializan los resultados de la sistematización como mecanismo de incidencia ante los gobiernos locales para obtener apoyo en la implementación de las estrategias.</p>

	<b>Sociedad Civil (ONG, Sector Salud)</b>	Las recomendaciones y propuestas de la sistematización han sido adoptadas por organizaciones de la Sociedad Civil (ONGs) que apoyan procesos similares en el país.
	<b>Cooperantes.</b>	Los resultados de la sistematización y la incidencia por parte de la Secretaría de Salud, permiten a la cooperación internacional alinear su apoyo para la implantación conjunta de las Estrategias Comunitarias. Como un proceso novedoso, también permite a la cooperación internacional y a la SESAL, alinearse con el Modelo Nacional de Salud y operacionalizar el enfoque de Igualdad de Género, a través de su incorporación en las estrategias comunitarias.
<b>Documental audio Visual.</b>	<b>Secretaria de Salud en sus diferentes niveles, Gestores descentralizados Gobiernos Locales, técnicos organizaciones de sociedad civil, lideres/lideresa comunitarios y Agencias de cooperación.</b>	Se ha divulgado el proceso y los resultados la Experiencia Demostrativa en una modalidad multimedia.
<b>Guía Metodológica</b>	<b>Decisores de la Secretaria de Salud a nivel central (Departamento de Salud Integral a la Familia) (DSIF)</b>	El DSIF oficializa la guía metodológica como instrumento de aplicación Nacional para la implementación de las Estrategias comunitarias y las socializa con los diferentes usuarios al interior de la

secretaría, ONG y cooperación internacional

**Decisores regionales y locales de la  
secretaría de Salud (Regiones  
Sanitarias, Redes y Micro Redes de  
Servicios de servicios de Salud )**

Los niveles regionales y locales de la secretaría de salud aplican la guía metodológica para la implementación de las Estrategias comunitarias.

1

## **XII. ANEXOS.**

- ANEXO I Guía Metodológica para el proceso de Implementación de las Estrategias Comunitarias (ICEC).
- ANEXO II Foto Documental.